………………………………, ……………….

*Miejscowość* *data*

**Niepubliczny Zakład**

**Opiekuńczo – Leczniczy „AKARI” Sp. z o.o.**

**Ustrzesz 35**

**21-300 Radzyń Podlaski**

**WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

1. **Wnioskodawca\***

**** Pacjent

**** Przedstawiciel ustawowy *(wówczas do wniosku należy dołączyć orzeczenie sądu)*

**** Osoba upoważniona *(wówczas do wniosku należy dołączyć oryginalne upoważnienie poświadczone przez notariusza)*

1. **Dane wnioskodawcy**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

nr dokumentu tożsamości:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

Adres do korespondencji:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

tel. kontaktowy:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

**W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie oryginałów dokumentacji medycznej Pacjenta**

1. **Dokumentacja podlegająca zniszczeniu – dane Pacjenta**

Imię i nazwisko:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

PESEL:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

Przebywający w zol w Ustrzeszy w okresie:

…………………………………………..……………………………………………………………………….

1. **Proponowany sposób odbioru dokumentacji\***

**** Odbiór osobisty

**** Osoba upoważniona do odbioru

……………………………………………………..…………………………………………………………..

……………………………………………………..…………………………………………………………..

………………………………………………

*czytelny podpis wnioskującego*

\**prosimy zaznaczyć właściwe [X]*

**PONIŻSZE DANE WYPEŁNIA NZOL W USTRZESZY**

1. Data przyjęcia wniosku i dane pracownika przyjmującego wniosek:

……………………………………………………..…………………………………………………………..

1. Informacja o sposobie realizacji wniosku:

……………………………………………………..…………………………………………………………..

……………………………………………………..…………………………………………………………..

1. Załączniki (*wymienić)*:

……………………………………………………..…………………………………………………………..

……………………………………………………..…………………………………………………………..

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKU**

1. Wniosek podlega rozpatrzeniu bez zbędnej zwłoki
2. Wniosek należy złożyć osobiście w jednostce Zakładu, tj. Niepubliczny Zakład Opiekuńczo – Leczniczy „AKARI” Sp. z o.o. z siedzibą w Ustrzeszy 35, 21-300 Radzyń Podlaski – administracja na piętrze, w dniach od poniedziałku do piątku i w godzinach od 9:00 do 14:00
3. W celu realizacji wniosku NZOL w Ustrzeszy zastrzega sobie prawo poproszenia wnioskodawcy o złożenie dodatkowych dokumentów – potwierdzających prawo do otrzymania oryginałów dokumentacji przeznaczonej do brakowania, a także zaproszenia do osobistego zgłoszenia celem identyfikacji wnioskującego.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z wnioskiem i po weryfikacji tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej potwierdzam wydanie oryginału dokumentacji medycznej**

………………………………………………

*podpis pracownika realizującego wniosek*

**Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej**

Ustrzesz, dn. ………………………. ………………………………………………

*czytelny podpis odbierającego*

|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSKUJĄCY O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO BRAKOWANIA (ZNISZCZENIA)**  **Zgodnie z wytycznymi ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (tzw. RODO) informuję, iż:** | |
|  | administratorem Twoich danych osobowych jest Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „AKARI” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ustrzeszy nr 35, 21-300 Radzyń Podlaski; |
|  | inspektorem ochrony danych w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym „AKARI” sp. z o.o. jest Pani Jaklińska Magdalena, *dane kontaktowe:* Ustrzesz 35, 21-300 Radzyń Podlaski, adres e-mail: zol@ustrzesz.eu; |
|  | Twoje dane osobowe (*wskazane we wniosku i ewentualnie w dokumentach załączonych*) przetwarzane będą w celu prowadzenia działań związanych z realizacją wniosku o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania (m.in. rozpatrzenie, ewidencjonowanie i rejestrowanie wniosków).  Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze – art. 6 ust 1 lit. c) RODO – art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; |
|  | odbiorcą Twoich danych mogą być uprawnione urzędy / instytucje w ramach prowadzonych kontroli; |
|  | Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia wydania dokumentacji medycznej; |
|  | posiadasz prawo do dostępu do treści swoich danych, do sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych, przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. |
|  | masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznasz, iż przetwarzanie danych osobowych Ciebie dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych; |
|  | podanie przez Ciebie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji wniosku o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia; |
|  | Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany; |
|  | Twoje dane nie będą przetwarzane w celu innym niż cel, w którym zostały zebrane. |